

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM ATENÇÃO BÁSICA–SAÚDE DA FAMÍLIA

SIMONE SILVA DE OLIVEIRA

CARACTERIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM
UMA COMUNIDADE ESCOLAR NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC

CRICIÚMA (SC)

2012

SIMONE SILVA DE OLIVEIRA

**CARACTERIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM
UMA COMUNIDADE ESCOLAR NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a Obtenção do título de Especialista na Modalidade de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/ Saúde da Família.

Orientador (Tutor): Prof. Dr Renan Ceretta e
Profª Drª. Luciane Bisognin Ceretta

CRICIÚMA (SC)

2012

*Ao meu esposo Jairo
Ao meu filho Fabrício
por seu amor , atenção e cuidados sempre.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço de todo o meu coração a *Deus* por seu amor, bondade e cuidados em todos os momentos da minha vida.

Agradeço de forma especial ao meu orientador, professor *Dr Renan Antonio Ceretta*, pela sua plena dedicação para o desenvolvimento deste trabalho e de minha formação.

Agradeço de todo meu coração a amiga e colega Dra Fernanda Faustini Sônego pelo incentivo e apoio dados para realização deste curso.

Aos colegas de turma, pela amizade e alegrias compartilhadas.

A todos aqueles que, de forma e em momentos distintos, contribuíram para a concretização deste trabalho, muito obrigada.

Não se conformem com este mundo, mas transformem-se pela renovação da sua mente, assim vocês serão capazes de experimentar e comprovar a boa, agradável e perfeita Vontade de Deus.

Apóstolo Paulo - Carta aos Romanos, cap.12 v.2.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar a influência do cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade escolar no município de Criciúma. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, quantitativa do tipo descritiva, comparativa e de campo. Participaram da pesquisa 53 alunos. Os exames odontológicos foram realizados nas dependências da escola com um intervalo aproximado de 18 meses. Simultaneamente foi encaminhado aos pais um questionário com 10 perguntas. Os dados iniciais caracterizavam o perfil dos pais como idade, renda, instrução e hábitos de higiene bucal para escovação e fio dental. Posteriormente os dados descrevem o conhecimento e envolvimento dos pais na saúde bucal dos filhos no questionamento sobre auxílio na higiene, consultas com dentista na unidade de saúde; motivação e término de tratamento, melhora nos hábitos de higiene bucal, recebimento de kit odontológico, visita domiciliar, percepção de problemas bucais e fatores causadores de cárie. Os resultados da pesquisa apontam uma população jovem, com baixo nível de instrução e consequentemente baixa renda mensal, que refere, na sua maioria, participação na higiene diária dos filhos. Embora a maioria aponte a má escovação e cárie como principal causa de cáries e problema de saúde bucal respectivamente, pouco mais da metade faz consultas na unidade de saúde para procedimentos restauradores com baixo índice de término do tratamento. Apesar disso percebe-se uma melhora na saúde dos alunos associada às consultas odontológicas, ao recebimento do kit odontológico e a participação nas atividades educativas. O estudo conclui que apesar do aspecto positivo da participação deste profissional em ambiente escolar é preciso envolver de forma mais pessoal e definitiva aos pais ou responsáveis como aliados no processo de conhecimento e intervenção na doença cárie.

Palavras-chave: Escolares. Dentista. Doença Cárie. Atividades Educativas.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the influence of surgeon-dentist family health strategy in a school community in the city of Criciúma. It is a qualitative research, quantitative descriptive comparative type, and field. 53 students participated in the research. The dental examinations were conducted at the school with an approximate range of 18 months. He was also forwarded to the parents a questionnaire with 10 questions. The initial data characterized the parent profile such as age, income, education and oral hygiene habits to brushing and flossing. Subsequently the data describe the knowledge and involvement of parents in the oral health of children in the questioning about assistance in hygiene, dental queries in health unit; motivation and end of treatment, improvement in oral hygiene habits, receiving dental kit, home visit, perception of oral problems and causative factors of causes of tooth decay. The search results indicate a young population, with low level of education and consequently low monthly income, which refers, in its majority, participation in daily hygiene of children. Although most point bad brushing and tooth decay as main cause and oral health problem respectively, little more than half makes queries in health unit for restorative procedures with low end of treatment. Despite this perceived an improvement in the health of students associated with dental consultations, to receive dental kit and participation in educational activities. The study concludes that despite the positive aspect of this participation in the school environment is necessary to involve more staff and definitive to the parents or guardians as allies in the process of knowledge and intervention in the caries disease.

Keywords: Students. Dentist . Caries Disease. Educational Activities.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Resultado dos exames odontológicos	31
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resultado para pergunta idade dos pais, 2012.	27
Tabela 2: Resultados para pergunta instrução dos pais, 2012.	27
Tabela 3: Resultados para pergunta renda mensal dos pais, 2012.	28
Tabela 4: Resultados para pergunta nº diário de escovações, 2012.	28
Tabela 5: Resultados para pergunta uso de fio dental pelos pais, 2012.	28
Tabela 6: Resultados para pergunta sobre recebimento de orientações sobre saúde bucal, 2012.	28
Tabela 7: Resultados para participação dos pais na higiene diária dos filhos, 2012.	29
Tabela 8: Resultados para pergunta sobre consultas odontológicas dos escolares, 2012.	29
Tabela 9: Resultados para pergunta motivo da consulta com dentista, 2012.	29
Tabela 10: Resultados para pergunta conclusão do tratamento odontológico iniciado, 2012.	30
Tabela 11: Resultados para pergunta percepção da melhora na higiene diária dos filhos, 2012.	30
Tabela 12: Resultados para pergunta se houve recebimento do kit odontológico, 2012.	30
Tabela 13: Resultado para pergunta sobre visitas domiciliares realizadas pelo dentista, 2012.	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	11
2 OBJETIVOS.....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	14
3.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS	15
3.3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	16
3.4 INSERÇÃO DO DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	16
3.5 INSERÇÃO DO DENTISTA NA COMUNIDADE ESCOLAR	18
4 METODOLOGIA	20
4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	20
4.2 TIPO DE PESQUISA	21
4.3 LOCAL DE ESTUDO	21
4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	22
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	23
4.6 MOMENTOS DA PESQUISA.....	23
4.6.1 PRIMEIRO MOMENTO: ACERTOS PRELIMINARES	23
4.6.2 SEGUNDO MOMENTO: COLETA DE DADOS.....	24
4.6.3 TERCEIRO MOMENTO: ANÁLISE DE DADOS	24
4.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	24
4.8 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
4.9 ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.10 PRINCÍPIOS ÉTICOS	25
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	26
5.1 RESULTADO DA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PAIS/ RESPONSÁVEIS	27
5.2 RESULTADO DA CARACTERIZAÇÃO DO ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NO PROCESSO DE HIGIENE BUCAL DOS FILHOS.....	28
5.3 RESULTADO DO EXAME ODONTOLÓGICO REALIZADO NOS ESCOLARES	31

6 DISCUSSÃO	33
6.1 ANÁLISES DOS TEMAS	36
CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A saúde da população é um dos mais fidedignos indicadores da qualidade de vida de uma nação, e retrata a competência das políticas públicas para com os seus cidadãos. Antes da promulgação da constituição brasileira de 1988, o sistema de saúde era excludente e centrado em práticas curativas, contribuindo pouco para melhorar os indicadores de saúde. Os índices de cárie e de doenças periodontais no começo da década de 90 colocaram o Brasil entre os países de piores condições de saúde bucal do mundo, demonstrando a falência do modelo vigente, considerado elitista, individualista, mutilador, iatrogênico, de alto custo e de baixo impacto social (BRASIL, 1993).

A formulação do modelo de atenção à saúde bucal no Programa Saúde da Família – PSF – que foi introduzido no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde segue os princípios e as diretrizes preconizados por esta estratégia, destacando-se o princípio da integralidade, intersetorialidade, universalidade, descentralização, participação da comunidade.(PINHEIRO et al., 2008).

Em 2000, o Ministério da Saúde estabelece incentivo financeiro e inclui equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, hoje legitimado como estratégia de reorganização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. (FACCIN et al., 2010).

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) representa uma oportunidade de mudança no processo de trabalho na atenção básica. O modelo de atenção pautado na lógica da ESF aponta para o trabalho em equipe multiprofissional e a integralidade da atenção, através de ações que valorizam o acolhimento, o vínculo com a população e as ações continuadas de saúde (CARCERETI DL, 2005).

Dessa forma o ambiente escolar oferece grandes possibilidades de atuação do profissional de odontologia, à medida que procura desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas; fomenta uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida, buscando fortalecer tudo que contribui para a melhoria da saúde e do

desenvolvimento humano; facilita a participação de todos os integrantes da comunidade escolar na participação de ações; colabora na promoção de relações socialmente igualitárias entre as pessoas, na construção da cidadania e democracia, e reforça a solidariedade, o espírito de comunidade e os direitos humanos. (MACIEL et al., 2010).

Harada (2003) afirma que o profissional de saúde tem papel fundamental na escola, na medida em que pode atuar em todos os seus componentes, realizando vários tipos de ação, tais como: promover, na atenção à saúde individual, na comunidade, e nas ações de educação para a saúde, o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que contribuam para a adoção de estilos de vida mais saudáveis; estimular a participação efetiva da comunidade na construção da cidadania, na transformação de seu ambiente, na conquista da equidade social e em saúde, de forma que as pessoas possam modificar ativamente o ambiente e melhorar a qualidade de vida. Além de atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos pacientes e à comunidade.

Diante do contexto aplica-se a questão norteadora:

- Qual a influência do cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família na comunidade escolar?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a influência do cirurgião-dentista da Estratégia de Saúde da Família na comunidade escolar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o nível de conhecimento dos pais (responsáveis) com relação ao serviço odontológico oferecido na Estratégia de Saúde da Família.
- Caracterizar o histórico de saúde bucal de alunos da comunidade escolar previamente examinada.
- Determinar o nível de mudanças nos hábitos de higiene bucal em alunos que participaram de atividades educativas na escola.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A criação do SUS (Sistema Único de Saúde) pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais, aconteceu através da Constituição Federal promulgada no ano de 1988, e está incluído no capítulo da Seguridade Social. (MATTA, 2009).

O SUS (Sistema Único de Saúde) é definido pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde, Previdência e Assistência Social, com financiamento comum e organizada com a elaboração e aprovação das Leis Orgânicas da saúde (BRASIL, 2000).

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. (BRASIL, 2003)

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (BRASIL, 2003).

São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS): a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: de vigilância sanitária; de vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. (BRASIL, 2003).

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país abrangendo desde o nível primário de atendimento como o ambulatorial até o nível terciário de atendimento como o hospitalar e garantindo o acesso integral, universal e gratuito para toda população. (BRASIL, 2000).

3.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

O princípio da Universalidade, presente no artigo 196 da Constituição Federal, determina que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, dessa forma todos os cidadãos brasileiros têm direito à atenção à saúde independente de pagamento ou contribuição de qualquer espécie. (BRASIL, 2000)

O princípio da Integralidade afirma que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população, ou seja, a cada indivíduo de acordo com suas necessidades, inclusive no que se refere aos níveis de complexidade diferenciados. (BRASIL, 2000)

O princípio da Equidade está relacionado com a necessidade de se diminuir as diferenças sociais e regionais presentes em nosso país. É fator determinante a política adotada para a incorporação tecnológica e o investimento estratégico e prioritário no combate de situações agudas ou extremas. Um exemplo são as ações e os serviços direcionados a atenção básica de saúde. (BRASIL, 2000)

A diretriz da Descentralização corresponde à distribuição de poder político de responsabilidade e de recursos da esfera federal (Ministério da Saúde) para a esfera estadual (Secretarias Estaduais de Saúde) e a municipal (Secretarias Municipais de Saúde) (MATTA, 2009).

A diretriz de Regionalização e Hierarquização correspondem a organização do sistema que deve centrar a noção de território, onde são determinados perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, que devem determinar as ações e serviços de saúde de uma localidade. A regionalização deve ser organizada pela hierarquização dos níveis de complexidade associado às necessidades de saúde das pessoas organizando a rede de ações e serviços desde as ações de promoção e prevenção até as ações de maior complexidade (MATTA, 2009).

O princípio da participação da comunidade foi determinado na VIII Conferência Nacional de Saúde e direciona a participação da população através de suas entidades representativas na formulação de políticas, no planejamento, na gestão, na execução e avaliação das ações de saúde (MATTA, 2009).

3.3 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde da Família é concebida como estratégia de reorientação do modelo assistencial, tendo como eixo estruturante a Atenção Primária em Saúde, consolidando a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A implantação da ESF tem um propósito de ruptura com o modelo hegemônico médico-biológico flexneriano, de fato, o grande desafio encontra-se na implementação de novas práticas do cuidado em saúde, que garantam a efetivação dos princípios fundamentais do SUS, proporcionando à população o acesso universal aos serviços de saúde com equidade, integralidade e participação da comunidade. (GONÇALVES e OLIVEIRA, 2009).

Considera-se, então, que a ESF propõe a construção de um novo modelo assistencial, pautado na assistência integral, contínua, com qualidade e resolubilidade, estruturado sobre um trabalho interdisciplinar e compartilhado entre os distintos profissionais e a comunidade. (GONÇALVES e OLIVEIRA, 2009).

As unidades de saúde da ESF representam a porta de entrada para a população que busca assistência à saúde no SUS, elas têm por obrigatoriedade apresentar 85% de resolubilidade aos que a procuram. Quando não atingem este percentual de resolubilidade para solucionar o problema de saúde da população assistida faz-se necessário o encaminhamento para os demais níveis de atenção. (SALVADOR, 2008).

A Saúde da Família organiza-se a partir de uma equipe multiprofissional cujo campo de atuação é o território família-comunidade onde cada um dos profissionais com base em seus conhecimentos e nos recursos disponíveis desenvolve ações de saúde comuns a toda equipe nas quais integram saberes de distintos campos e também específicos de suas respectivas áreas (BRASIL, 2004a).

Envolve o atendimento aos usuários da unidade de saúde e outras atividades realizadas para a população da comunidade.

3.4 INSERÇÃO DO DENTISTA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Discussões no contexto social, em ambientes acadêmicos e políticos pressionaram o ministério da saúde a incluir a saúde bucal no PSF. A Portaria nº 1444 de 28 de dezembro de 2000 garante incentivo financeiro para a reorganização

da atenção à saúde bucal e define que as equipes de saúde bucal podem ser de dois tipos: modalidade I (um Cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário – ACD) e modalidade II (um CD, um ACD e um Técnico de Higiene Dental – THD). Após esta determinação outras diretrizes e portarias estabeleceram os detalhes da atuação da Odontologia no PSF. (VILARINHO et al., 2007).

A inserção da saúde bucal no PSF, modelo assistencial que contempla os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, acarretou uma nova perspectiva para a Odontologia e propôs a reorganização do modelo de atenção e ampliação do acesso às ações de saúde, garantindo atenção integral aos indivíduos e famílias mediante estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2000)

É importante que os profissionais de saúde bucal utilizem o tempo em outras atividades preconizadas pelo Programa, tais como o desenvolvimento de ações preventivas e educação em saúde bucal. A valorização das ações preventivas e de educação em saúde bucal se faz presente nas atividades nas escolas, com grupos e até nos domicílios. (BARBOSA et al., 2007).

Nestes trabalhos, normalmente se percebe o envolvimento de professores e pais dos alunos tornando-os, juntamente com os escolares, agentes multiplicadores na comunidade em que vivem. Neste sentido, os profissionais demonstram claramente uma interação com a comunidade em que trabalham através da realização de práticas diferenciadas das realizadas antes da implantação do PSF. Podemos perceber também a importância de atender a uma clientela definida e que, o convívio direto com a mesma consolida relações de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e usuários do serviço. (BARBOSA et al., 2007).

A atuação do cirurgião-dentista em equipe interdisciplinar, em nível central, se volta para o planejamento de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento de ações de vigilância da saúde da coletividade. Ressalta-se que essas atividades também podem ser desenvolvidas em nível distrital, na dependência do tamanho do município e de sua organização político-administrativo. (AERTS et al.; 2004).

Logo, os processos de trabalho têm que ter a capacidade de intervir nos problemas referentes à saúde, modificando-os e produzindo um resultado com a satisfação de necessidades. (GONÇALVES e OLIVEIRA, 2009).

Grande ênfase vem sendo dada para que intervenções nos serviços de saúde sejam avaliadas e, conseqüentemente, possam demonstrar seus impactos e efeitos a médio e longo prazo na saúde da população. No entanto, segundo Watt e col. (2001), há uma lacuna no processo de avaliação das ações de promoção de saúde, seja pela falta de preparo e conhecimento na execução de pesquisas nesta área pelos executores das ações, pela inadequada previsão de recursos, tempo e suporte para as atividades de avaliação, seja pela falta de uma estrutura avaliativa apropriada.

O uso de indicadores subjetivos, relacionados a percepções e limitações na qualidade de vida, pode contribuir para a avaliação e para a educação em saúde, na medida em que favorecem o planejamento direcionado do processo de capacitação da comunidade (BIAZEVIC, 2002).

3.5 INSERÇÃO DO DENTISTA NA COMUNIDADE ESCOLAR

A situação precária em relação à saúde bucal é decorrente de fatores diversos, incluindo a má distribuição de renda, o desemprego, o abandono da educação e a inadequação do sistema de atenção odontológica.(SOUZA et al., 1999).

Assim, a obtenção de melhores condições de saúde bucal está ligada tanto à melhoria dos determinantes sociais, políticos e econômicos, quanto à reorientação dos serviços de saúde, aumentando-se a oferta de cuidados clínicos básicos, adotando-se medidas preventivas gerais e intensificando as ações educativas para a comunidade. (PINTO, V. et al.,1999).

Embora o componente educativo isolado não seja suficiente para garantir a saúde desejável à população, pode fornecer elementos, através do diálogo e reflexão, que capacitem os indivíduos para ganhar autonomia e conhecimento na escolha de condições mais saudáveis.(PAULETO, A. et al., 2004).

Para que as ações educativas sejam constituídas de significado e capazes de mobilizar os indivíduos, deve relacionar-se com as necessidades da população para a qual se destinam e levar em consideração o seu contexto social, cultural e econômico. (BIJELLA, M., 1999). O conhecimento da população é essencial para a elaboração e reestruturação de programas educativos e quando estes forem destinados às crianças, deverão incluir, ainda, a avaliação dos pais ou responsáveis.

A escola é uma instituição importante para a integração da comunidade, pois é onde se inicia o processo educativo e podem-se desenvolver ações de saúde, esporte, cultura, direitos humanos e assistência social, entre outros, além de ser uma extensão do ambiente familiar. (TAIFOUR et al., 2003).

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo investigar condições socioeconômicas, conhecimentos e práticas em saúde bucal de pais ou responsáveis e verificar a influência destes fatores e dos trabalhos realizados pelo cirurgião dentista na escola para a saúde bucal dos escolares.

4 METODOLOGIA

A dinâmica de trabalho do cirurgião-dentista na Escola Prof. Clotilde Maria Martins Lalau envolvia a realização de atividades com caráter preventivo e educativo. Dessa forma foram realizadas atividades com auxílio de recurso áudio visual do tipo DVD que abordavam assuntos relativos a escovação dentária e uso de fio dental, além de informações acerca de placa bacteriana e dieta ilustrando, através de desenhos, os conceitos trabalhados pelo profissional.

Após a apresentação do DVD, realizada por turmas separadamente, o profissional fazia palestras que solucionavam dúvidas, complementavam o conteúdo das informações, estimulavam as práticas sugeridas e, através do diálogo, observava os conhecimentos e hábitos dos alunos para o assunto trabalhado.

Além desta atividade, os alunos recebiam desenhos para trabalhar e colorir em sala de aula, envolvendo a participação dos professores, com figuras que faziam alusão ao assunto abordado no DVD.

Complementando as atividades teóricas o profissional fazia uma demonstração das técnicas de higiene bucal, que incluíam a escovação e uso do fio dental, com uso de macromodelos que reproduziam, em grande escala, a cavidade bucal.

Com a distribuição dos kits odontológicos, compostos de creme dental, escova dental e fio dental, organizado pela Coordenação de Odontologia da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma, foi oportunizado aos alunos da referida Escola exercer na prática o que havia sido ensinado e demonstrado pelo dentista, configurando, ainda, uma nova oportunidade para o aprendizado, além da aplicação tópica de flúor realizada neste momento.

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A pesquisa realizada é de abordagem qualitativa e quantitativa, que tem a preocupação de mostrar a realidade. Estão ligadas as diferenças dos seres humanos, seus valores, crenças, ações e capacidades de pensar e interpretar. (MINAYO, 2007, p.21).

O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de

técnicas estatísticas. O método quantitativo representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e interpretação (RICHARDSON et al., 1999).

4.2 TIPO DE PESQUISA

Caracteriza-se por uma pesquisa descritiva e comparativa uma vez que os dados iniciais foram coletados com uma diferença de 18 meses. A pesquisa descritiva caracteriza-se pela necessidade de maiores informações acerca de uma realidade não conhecida. (LEOPARDI, 2002).

Relativo à coleta de dados caracteriza-se como pesquisa de campo onde o trabalho permite a aproximação do pesquisador com o ambiente, criando uma interação com as pessoas que vivenciam a realidade e, assim, permite a construção de um conhecimento empírico de grande valia para quem faz à pesquisa. (MINAYO, 2007).

4.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Escola Prof^a. Clotilde Maria Martins Lalau do bairro Renascer no município de Criciúma situado a região sul de Santa Catarina.

Bairro Renascer: Caracterização do Perfil da Comunidade

Segundo a história oficial a cidade de Criciúma teve sua origem a partir da imigração italiana, no fim do século XIX. Tendo sua ascensão econômica, por meio do surgimento das minas de carvão, no início do século XX.(MANOEL, 2008).

Com a atividade carbonífera em franca expansão nos anos posteriores, e com a diversificação de sua economia em meados da década de 1960, ampliaram-se também as oportunidades de emprego; fato que contribuiu para o aumento populacional, pois a oferta de vagas atraiu muitas pessoas das regiões vizinhas, que acabaram fixando residência na cidade.(MANOEL, 2008).

Contudo a cidade não estava preparada para receber estes novos moradores ocasionando uma série de problemas sociais. Entre os mais presentes está o déficit habitacional. Dessa forma os novos moradores vão ocupando de maneira aleatória os diversos espaços, sendo alguns considerados áreas verdes e outros muito próximos a antigos locais de mineração.(MANOEL, 2008).

Neste contexto, no início dos anos de 1980, uma antiga área de mineração, denominada Mina 4, de propriedade da Companhia Siderúrgica Nacional, que abandonada, serviu como depósito de rejeito da produção carbonífera, acabou servindo também de depósito de lixo da cidade de Criciúma.(MANOEL, 2008)

Esta paisagem, até então inóspita, onde a evidente falta de vida proporcionada pelas montanhas de pirita, pela acidez das águas de antigos córregos, vai sendo substituída por um lixão e passa a ser habitada, inicialmente, por moradores que negociam seus lotes com a prefeitura municipal, dando início à comunidade da Mina Quatro.(MANOEL, 2008).

Posteriormente a comunidade cresce com a implantação de um projeto habitacional que apesar de tentar organizar o desenvolvimento do bairro, não previu a retirada do depósito de lixo do local obrigando os moradores a conviverem com o mau cheiro, os insetos, as doenças, além do lixo hospitalar.(MANOEL, 2008).

Contudo, a comunidade mobiliza-se para conseguir concretizar algumas de suas reivindicações, entre elas a retirada do lixão, e, dessa forma, oportuniza o crescimento e reestruturação do bairro que atualmente conta com unidade de saúde, linha de ônibus, ruas calçadas, iluminação pública, rede de esgoto, igrejas.(MANOEL, 2008).

É nesta realidade que está inserida a Escola Clotildes Maria Martins Lalau, inaugurada em 1991. A Escola, desde sua inauguração, atua junto a comunidade, a fim de diminuir as dificuldades encontradas no bairro e foi o local determinado para coleta de dados deste trabalho junto a comunidade.(MANOEL, 2008)

4.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram da pesquisa alunos freqüentadores do ensino fundamental I da Escola Prof^a. Clotilde Maria Martins Lalau do município de Criciúma SC , com

idades entre 5 e 9 anos; Foram examinadas todas as crianças caracterizadas na população em estudo, determinando a pesquisa como sendo censitária.

Conforme Rodrigues (2002), define-se coleta censitária como aquela em que são coletados os dados de todos os elementos que constituem a população em estudo, totalizando aproximadamente 53 alunos.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada através de exame clínico odontológico realizado nas dependências da Escola Prof^a. Clotilde Maria Martins Lalau mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) pelos pais ou responsáveis incluindo alunos que sejam freqüentadores do ensino fundamental dessa instituição e tenham participado desta atividade no segundo semestre do ano de 2010, época da coleta inicial dos dados.

Os dados coletados pela observação clínica e anotados em ficha clínica odontológica não seguiram o padrão do índice CPOD, sendo registrado o número de dentes decíduos e permanentes, cariados e restaurados nos diferentes momentos da pesquisa. Paralelamente realizou-se um questionário semi-estruturado com os pais ou responsáveis.

4.6 MOMENTOS DA PESQUISA

4.6.1 Primeiro momento: Acertos preliminares

Encaminhamento do Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da UNESC; Aprovação do Projeto de Pesquisa pela COREMU; Após aprovação do mesmo entramos em contato com a Escola Prof^a. Clotilde Maria Martins Lalau para encaminharmos os Termos de Consentimento aos pais ou responsáveis pelos alunos.; Uma vez que a autorização da instituição de ensino já foi previamente solicitada e obtida.

4.6.2 Segundo Momento: Coleta de Dados

A realização de exames clínicos odontológicos ocorreu em uma sala disponibilizada pela instituição de ensino, portanto no ambiente escolar, com o aluno sentado em uma cadeira e a observação do profissional feita com auxílio de uma espátula de madeira, do tipo abaixador de língua e luz natural.

O resultado do exame clínico foi anotado em ficha clínica odontológica (ANEXO 1), mediante disponibilidade, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), pelos pais dos escolares. Simultaneamente realizamos a coleta de dados com questionário semi-estruturado com os pais ou responsáveis (APÊNDICE B).

4.6.3 Terceiro momento: Análise de Dados

4.7 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Alunos que freqüentam o ensino fundamental I da Escola Prof. Clotilde Maria Martins Lalau.

Aceitou participar do exame clínico e responder o questionário aliado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

4.8 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não ser aluno do ensino fundamental I da Escola Prof. Clotilde Maria Martins Lalau.
- Não aceitou participar do exame clínico e questionário mediante recusa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.9 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados é baseada na observação que, primeiramente ordena os dados obtidos em campo, classifica-os com uma fundamentação teórica e após leitura extenuante reúne os pontos relevantes e elaboram-se as categorias específicas. Dessa forma, faz-se a análise final construindo articulações entre os

dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo os questionamentos da pesquisa com base em seus objetivos. (MINAYO, 2007).

Inicialmente foi construído um banco de dados com auxílio do software Microsoft Excel versão 2010, onde foram desenvolvidos gráficos e tabelas para uma melhor síntese e apresentação dos resultados. Foram calculadas algumas medidas descritivas, como média e desvio padrão das variáveis quantitativas, como, por exemplo, a idade.

Em seguida, o banco de dados foi exportado para o software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20.0, onde foram realizadas as análises estatísticas com um nível de significância $p=0,05$ e intervalo de confiança de 95%. Durante essa análise foi utilizado o teste de normalidade de Shapiro-wilk e como o $p < 0.05$ utilizou-se o teste T de Wilcoxon.

4.10 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Quando a pesquisa envolve seres humanos a resolução prevê procedimentos que assegurem a privacidade, o sigilo, a proteção da imagem, a confiabilidade e a não estigmatização, assegurando que informações prestadas não serão utilizadas em seu prejuízo ou da comunidade. (BRASIL, 2003).

Para realizar-se a pesquisa todos os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento que prevê a concordância do sujeito após uma explicação completa sobre o caráter da pesquisa, os métodos, seus objetivos, benefícios previstos com os potenciais de riscos e o desconforto que esta possa ocasionar, de forma que, dá ao sujeito o direito de desistir da pesquisa em qualquer etapa da mesma. O termo segue as exigências formais descritas na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2003).

Esta resolução reúne, na visão do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais básicos de bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça e visa garantir os direitos e deveres relativos à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. (BRASIL, 2003).

A presente pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética em pesquisa com humanos/CEP, da Universidade do Extremo SUL Catarinense/UNESC; parecer 27512.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC , iniciou-se a coleta de dados na comunidade escolar pesquisada.

Após a identificação dos alunos participantes da pesquisa realizou-se o exame odontológico e, simultaneamente, encaminhou-se o questionário semi-estruturado aos pais.

O questionário aplicado aos pais dos escolares participantes do presente estudo primeiramente procurou caracterizar o perfil dos pais e/ou responsáveis através do levantamento de dados como a idade, grau de instrução, renda mensal, número diário de escovações e utilização de fio dental.

Então, o questionário evolui para a participação e envolvimento dos pais no processo saúde-doença, quando questiona sobre o recebimento de orientações sobre saúde bucal dos filhos, participação na higiene diária dos filhos, realização de consultas odontológicas na unidade de saúde, observação de alterações nos hábitos de higiene bucal dos filhos, recebimento de kit odontológico, percepção acerca dos problemas bucais que o filho pode apresentar, assim como o entendimento sobre o principal fator causador de cáries dentárias, além do questionamento sobre visita domiciliar realizada pelo cirurgião-dentista. E após as categorias temáticas norteadoras:

Tema 1: Percepção dos pais e/ou responsáveis às doenças bucais

Tema 2: Percepção dos pais e/ou responsáveis aos fatores associados à cárie dentária.

Tema 3: Principais orientadores sobre saúde bucal dos escolares

Para preservar o sigilo decorrente dos exames e questionários realizados com os sujeitos da pesquisa, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras 36 da Res. 196/96 que envolvem pesquisa com Seres Humanos, utilizou-se a letra “A” para os alunos e “P” para os pais.

5.1 RESULTADO DA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE PAIS/ RESPONSÁVEIS

Tabela 1: Resultado para pergunta idade dos pais, 2012.

Idade dos Pais		
	Número	Percentual
21 a 30 anos	19	35,5%
31 a 40 anos	18	34,6%
41 a 50 anos	9	17,3%
Acima de 50 anos	6	11,5%

Fonte:Dados da Pesquisa

A análise da idade dos pais ou responsáveis tem um maior índice entre 21 a 40 anos (37 P) determinando uma população jovem (71,1%).

Tabela 2: Resultados para pergunta instrução dos pais, 2012.

Instrução dos pais		
	Número	Percentual
Ensino Fundamental Incompleto	22	44,0%
Ensino Fundamental Completo	8	16,0%
Ensino Médio Incompleto	12	24,0%
Ensino Médio Completo	3	6,0%
Ensino Superior Incompleto	4	8,0%
Ensino Superior Completo	0	0%
Sem Educação Formal	1	2,0%

Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação ao item grau de instrução obtivemos um padrão maior de resposta (22 P) para Ensino Fundamental Incompleto (44,0%) seguido por (12 P) Ensino Médio Incompleto (24,0%) caracterizando uma população com um baixo grau de instrução, o que acaba por refletir nas respostas sobre renda dos pais (50 P) que oscilaram entre 0 e ,no máximo,3 salários-mínimos mensais (100%), de acordo com a tabela abaixo.

Tabela 3: Resultados para pergunta renda mensal dos pais, 2012.

Renda Mensal dos Pais		
	Número	Percentual
0-1 Salários-mínimos	31	62,0%
1-3 Salários-mínimos	19	38,0%

Fonte: Dados da Pesquisa

Tabela 4: Resultados para pergunta nº diário de escovações, 2012.

Número de Escovações Diárias dos Pais		
	Número	Percentual
1x	3	6,0%
2x	10	20,0%
3x	31	62,0%
Outros	6	12,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Com relação ao item número diário de escovações dos pais as respostas apontam para 62% realizando repetição do processo de escovação 3 vezes ao dia (31P) associado a 42,3% de relatos ao uso do fio dental (22 P).

Tabela 5: Resultados para pergunta uso de fio dental pelos pais, 2012.

Uso do Fio Dental pelos Pais		
	Número	Percentual
Sim	22	42,3%
Não	12	23,1%
Às vezes	4	7,7%

Fonte: Dados da Pesquisa

5.2 RESULTADO DA CARACTERIZAÇÃO DO ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NO PROCESSO DE HIGIENE BUCAL DOS FILHOS

Tabela 6: Resultados para pergunta sobre recebimento de orientações sobre saúde bucal, 2012.

Orientação sobre saúde bucal para os Pais		
	Número	Percentual
Sim	28	56,0%
Não	22	44,0%

Fonte: Dados da Pesquisa

A análise sobre o recebimento de informações em saúde bucal aponta que 56,0% dos pais foram orientados para o assunto (28 P), contudo uma proporção de 44,0% declarou não ter recebido esclarecimentos para o presente assunto (22 P).

Tabela 7: Resultados para participação dos pais na higiene diária dos filhos, 2012.

Auxílio dos Pais á Higiene Bucal dos Filhos		
	Número	Percentual
Sim	47	90,4%
Não	1	1,9%
Às vezes	4	7,7%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Esta tabela demonstra que 90,4% referiu auxílio aos filhos durante o processo de higiene bucal (47 P), caracterizando a participação efetiva dos pais na higiene diária dos filhos.

Tabela 8: Resultados para pergunta sobre consultas odontológicas dos escolares, 2012.

Consultas dos escolares com dentista em UBS		
	Número	Percentual
Sim	28	53,8%
Não	24	46,2%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Neste item percebemos que 53,8% indicou utilizar o serviço de odontologia da unidade de saúde (28 P). Em contrapartida um número muito semelhante de pais (24 P) relatou a não utilização desse serviço de saúde (46,2%).

Tabela 9: Resultados para pergunta motivo da consulta com dentista, 2012.

Motivo da consulta com dentista em UBS		
	Número	Percentual
Dor ou urgência	13	44,8%
Encaminhamento profis.	9	31,0%
Visitas regulares Semestrais/anuais	7	24,1%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A análise desse item demonstra que a consulta odontológica foi priorizada em 44,8% no momento de dor ou urgência (13 P), seguido de um percentual menor (31%) que procura o cirurgião dentista quando encaminhado por outro profissional de saúde (9 P) ou pelo próprio dentista fora do ambiente de consultório odontológico como por exemplo, na escola.

Tabela 10: Resultados para pergunta conclusão do tratamento odontológico iniciado, 2012.

Conclusão do tratamento odontológico iniciado em UBS		
	Número	Percentual
Sim	21	70,0%
Não	9	30,0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

A tabela demonstra que a grande maioria (21 P) dos pacientes que responderam a esta questão (70,0%) concluem os tratamentos iniciados, porém ainda há uma parcela de 30% que admite abandonar o tratamento proposto (9 P).

Tabela 11: Resultados para pergunta percepção da melhora na higiene diária dos filhos, 2012.

Percepção de melhora nos hábitos de higiene dos filhos		
	Número	Percentual
Sim	44	86,3%
Não	7	13,7%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Esta tabela mostra que 86,3% dos pais (44 P) perceberam melhoras significativas nos hábitos de higiene bucal dos filhos. Apenas 13,7% relataram não associar mudanças com a intervenção profissional em ambiente escolar (7 P).

Tabela 12: Resultados para pergunta se houve recebimento do kit odontológico, 2012.

Recebimento do kit odontológico		
	Número	Percentual
Sim	51	100,0%
Não	0	0%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Nesta análise houve 100% dos questionários respondidos confirmando o recebimento do kit odontológico composto de escova dentária, fio dental e creme dental.

Tabela 13: Resultado para pergunta sobre visitas domiciliares realizadas pelo dentista, 2012.

Visitas Domiciliares do dentista		
	Número	Percentual
Sim	2	3,9%
Não	49	96,1%

Fonte: Dados da Pesquisa.

Nesta tabela percebemos que somente 2 pais referiram essa visita (3,9%) e o restante dos questionários (96,1) mostraram ausência desta forma de contato com o profissional.

5.3 RESULTADO DO EXAME ODONTOLÓGICO REALIZADO NOS ESCOLARES

Na análise dos resultados dos exames clínicos, comparando os dados coletados com intervalo de aproximadamente dezoito meses entre os anos de 2010 e 2012 percebemos alterações expressivas do quadro geral.

Essas mudanças são consideradas significativas quando o valor do índice $p < 0,05$ e quando este valor for $p = 0,05$ ou $p > 0,05$ não determinou diferença significativa nos dados.

Quadro 1: Resultado dos exames odontológicos

Resultado dos exames odontológicos			
	2010	2012	Valor p
Geral			
Decíduos	17,11 (+-2,60)	13,60 (+-3,0)	0,000
Permanente	4,53 (+-3,5)	9,08 (+-3,20)	0,000
Restaurados			
Decíduos	0,25 (+-0,9)	0,66 (+-1,3)	0,001
Permanente	0,0 (+-0,0)	0,04 (+-0,28)	0,317
Cariados			
Decíduos	1,94 (+-2,7)	1,43 (+-2,3)	0,005
Permanentes	0,06 (+-0,3)	0,04 (+-0,20)	0,655

Fonte: Da pesquisadora

Inicialmente, percebemos a mudança significativa ($p=0,000$) ocorrida na distribuição dos dentes na arcada dentária caracterizada pela perda de alguns dentes decíduos e erupção de alguns permanentes. Esse fato reforça apenas a confirmação do crescimento e desenvolvimento humano ocorrido durante este intervalo de tempo, já que houve uma variação de idades nas faixas etárias dos cinco aos nove anos entre as crianças participantes da pesquisa nos momentos distintos da coleta de dados.

Todavia, não podemos deixar de mencionar que não existe uma relação direta de perda de decíduos e ganho de permanentes porque, nesta faixa etária, acontece a erupção do primeiro molar permanente atrás do último dente decíduo em boca o que desvincula sua erupção a substituição de um dente decíduo perdido.

Além da constatação, durante exame clínico, que, em algumas situações, havia a perda fisiológica do decíduo, porém ainda não havia acontecido a substituição deste por um permanente, quando esta relação é viável, determinando um espaço vazio na arcada que, na coleta de dados, não foi contado nem como decíduo, nem como permanente.

Os dados que referem as alterações percebidas nas restaurações para dentes decíduos e permanentes, neste intervalo de tempo, foram significativos para os dentes decíduos ($p=0,001$), porém não apresentaram um índice significativo para os dentes permanentes ($p=0,317$).

Essa diferença pode ser compreendida quando constatamos que nesta faixa etária os dentes permanentes são considerados jovens em relação aos decíduos, por esse motivo, a experiência de restauração acontece com maior intensidade nos dentes decíduos considerados mais velhos na arcada dentária.

Esta constatação também é válida para a análise do número de dentes decíduos e permanentes envolvidos no processo da doença cárie, durante este período, uma vez que, os dados foram significativos para os dentes decíduos ($p=0,005$) e não apresentaram um índice significativo para os dentes permanentes ($p=0,655$), confirmando que a experiência de cárie é verificada mais intimamente associada aos decíduos, assim como a necessidade de procedimentos curativos.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo tem o objetivo de demonstrar a influência do trabalho realizado por cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família em uma comunidade escolar situada no município de Criciúma em Santa Catarina.

Procura avaliar qual impacto as ações de saúde, realizadas no intercâmbio escola/unidade de saúde, causaram na população de alunos e em seus respectivos pais ou responsáveis.

Na busca pelo esclarecimento dessas questões podemos, em uma apreciação geral, ressaltar alguns elementos presentes nesta pesquisa que norteiam essa investigação de maneira pontual.

Primeiramente enfatizamos a orientação que os pais (56% dos pais) dos alunos receberam acerca de saúde bucal como fundamental para a compreensão e envolvimento no processo saúde-doença, permitindo um empoderamento de informações que se traduzem por ações e transformações de conduta na procura de uma postura compatível com saúde.

A incorporação dos pais como público-alvo de um programa de saúde bucal permitiria um novo espaço para a construção de conhecimentos em saúde bucal e, a partir dessa aprendizagem, poderiam atuar dentro do grupo familiar e escolar como auxiliares no desenvolvimento de ações educativas para as crianças, tornando-as mais frequentes e, portanto, mais efetivas. (MASTRANTONIO e GARCIA, 2002).

Contudo, não podemos ignorar o conhecimento dos aspectos culturais da população, pois nem sempre as verdadeiras razões são apresentadas para explicar sua resistência ou falta de colaboração com os programas de saúde pública, haja visto, que ao existir choque com valores culturais importantes do grupo, principalmente de ordem religiosa ou ética, os indivíduos em geral, não os referem aos profissionais. (BASTOS et al., 2003).

Uma maneira igualmente relevante de avaliar essas questões é a percepção, por parte dos pais, da melhora nos hábitos de higiene bucal dos alunos, enfatizando que atividades educativas desenvolvidas no ambiente escolar se manifestam em ações efetivas para uma mudança expressiva de hábitos e comportamentos. A grande maioria dos questionários respondidos (86,3%) de forma positiva corrobora essa afirmação.

A utilização estratégica das escolas, em relação as ações educativas, fundamenta-se no entendimento de que a mesma é uma das ferramentas sociais de grande abrangência, capaz de se apropriar do papel de democratizar e multiplicar o saber, passando a ser um veículo importante para a conquista de maior qualidade de vida para a população. (TAIFOUR, D. et al.,2003).

Considerando aspectos mais específicos na análise deste trabalho, procuramos descobrir a frequência com que a unidade de saúde, no serviço de odontologia, era procurada para resolução de problemas, estabelecendo uma relação com o conhecimento dos pais sobre os procedimentos e condutas adotados.

Neste aspecto percebemos que houve um resultado muito semelhante para condutas diferenciadas, ou seja, 53,8% dos pais confirmaram o uso do atendimento odontológico para os filhos, contudo 46,2% pais negaram a utilização deste recurso.

No entanto, pelo cruzamento dos dados do questionário com o exame clínico observamos que dos 16 alunos que diminuíram seus índices de cárie, necessariamente todos realizaram consultas com dentista na unidade de saúde, com exceção de um aluno, denominado A 53, que referiu não usar o serviço, contudo apresentou elemento dentário restaurado no exame de 2012 sugerindo intervenção de profissional da rede privada.

Por outro lado definimos um grupo de 22 alunos que manteve um índice zero de cáries nas duas etapas da coleta de dados, dos quais 12 admitiram não procurar atendimento odontológico na unidade de saúde. Esse quadro é indicativo de um controle no processo saúde-doença que pode ser relacionado às atividades educativas desenvolvidas na escola.

Em outra perspectiva da análise específica investigamos o principal motivo ou estímulo para a procura do cirurgião-dentista na unidade de saúde e o resultado aponta 44,8% desta comunidade buscando o auxílio deste serviço em situações de dor ou urgência, enquanto 31,0% indicaram o encaminhamento a esse serviço por profissionais da área da saúde incluindo o dentista. E apenas 24,1% mostraram o hábito de consultas semestrais ou anuais com este profissional.

Uma das razões mais comuns para a procura e cuidado odontológico é a dor de dentes e/ou tecidos periodontais. (LACERDA et al., 2004).

A dor de dente pode impedir ou dificultar atividades diárias, tais como trabalhar, se divertir e se relacionar com outras pessoas. De acordo com Macfarlane et al., (2004) a dor de dente aumenta com a idade, com a redução do nível socioeconômico, com a redução da frequência de escovação dos dentes, com o aumento do número de dentes perdidos e com a ausência às visitas regulares ao dentista.

A associação destes dados com o questionário demonstra que todos os alunos que buscaram este serviço por motivo de dor ou urgência não conseguiram finalizar o tratamento proposto inicialmente, com exceção do A48 que finalizou o tratamento motivado pela dor por apresentar somente este elemento dentário envolvido no processo de cárie.

Este dado indica que, nessa situação, somente o elemento dentário causador da sintomatologia de dor foi tratado, caracterizando um abandono do tratamento odontológico quando não há associação com dor.

Em contrapartida ficou evidente que todos os alunos que procuraram este serviço por encaminhamento profissional ou por hábito semestral/anual reduziram a zero o índice de cárie na comparação dos exames realizados nos diferentes momentos, finalizando o tratamento inicial proposto.

Em outro aspecto da análise específica tentamos determinar o nível de mudanças nos hábitos de higiene bucal dos alunos, observado pelos pais e pelo próprio exame odontológico dos alunos envolvidos nesta pesquisa.

Neste momento destacamos a distribuição dos kits odontológicos para os alunos da Escola, envolvida na pesquisa, gerando, dessa forma, a possibilidade dos alunos reproduzirem diariamente os ensinamentos preconizados pelo dentista e, ao mesmo tempo, serem monitorados e incentivados pelos pais. Nesta ótica 100% dos alunos foram contemplados com este material.

Ainda sob esse ângulo, podemos mencionar a própria melhora nos hábitos de higiene bucal dos alunos que estabeleceu um percentual de 86,3%, percebido pelos pais, indicando um aspecto positivo do trabalho realizado pelo profissional em ambiente escolar.

Na análise desta perspectiva, como não poderíamos deixar de lembrar, ainda contemplamos a observação de 100% dos exames clínicos realizados, onde encontramos um percentual de 30,1% de alunos que diminuíram seus índices de cáries, além dos 41,5% de alunos que mantiveram uma situação de saúde bucal

livre de cáries, contrastando com os outros 28,3% que não apresentaram melhora no exame bucal realizado em 2012.

6.1 ANÁLISES DOS TEMAS

Foram enviados aos pais dos alunos, envolvidos no presente trabalho, um total de 53 questionários semi-estruturados contendo 10 perguntas. Através da organização dos questionários obtemos temas e subtemas de respostas. O primeiro tema se refere aos problemas bucais que os filhos podem apresentar, sendo que vários subtemas surgiram como resposta entre eles pontuou-se 17 relatos de cárie, relação entre gengivite e sangramento em 4 respostas associadas à presença de tártaro citado por 2 vezes, com consequente mau hálito mencionado por 2 vezes e dor de dente em 2 questionários.

De acordo com a observação das respostas originadas no questionário consegue-se perceber a grande associação feita pelos pais entre problemas bucais e a cárie dentária.

Por outro lado pouco mencionado foi a associação de problemas bucais com doenças relacionadas ao tecido gengival, entre elas, a doença periodontal que tem grande envolvimento na manutenção de elemento dentário em boca, haja visto que compromete gradativamente o sistema ósseo de inserção dos dentes, o que, a longo prazo, pode determinar a perda do elemento dentário mesmo que este nunca tenha desenvolvido lesões de cárie.

Enquanto a cárie dentária é reconhecida pela maioria dos pais, apenas um pequeno grupo se refere à doença periodontal, sendo que uma boa parcela dos participantes, normalmente, encontra-se numa faixa etária em que sinais mais severos dessa patologia começam a aparecer. (BRASIL, 2004).

Segundo Corbacho et al., 2001 a carência de informações sobre as doenças periodontais tem demonstrando que as maiores deficiências de educação relacionam-se à doença periodontal.

Uma possível explicação para este fato está no maior enfoque dado às informações relativas à cárie nos programas ou meios de comunicação que se destinam ao processo educativo em saúde bucal. A eleição das crianças como seu público alvo contribui para esse enfoque limitado dos programas educativos, priorizando-se informações sobre a patologia bucal de maior prevalência na infância,

a cárie dentária. (PAULETTO et al., 2004). Como, geralmente, não há uma continuidade das atividades educativas durante as diversas fases da vida, o conhecimento sobre a doença periodontal não é estabelecido.

Nas respostas do questionário poucos pais referem-se a dor de dente como um problema bucal, contudo observou-se que os motivos que incentivam a procura pelo dentista em UBS em quase 50% das respostas foi, justamente, a dor de dente. Este fato demonstra uma disparidade entre respostas e comportamentos.

Com relação ao tema fator principal causador de cárie dentária foi obtido quatro subtemas, sendo que existindo uma relação de dependência em três dos subtemas: má escovação, má higiene, não escovação dos dentes em 19 respostas, vamos considerá-lo como um único subtema, além do uso de doces na alimentação que apareceu em 15 questionários.

Neste subtema as respostas relacionadas à dificuldade e/ou inexistência de cuidados relativos a escovação dentária aparece na grande maioria de questionários respondidos correlacionando este comportamento ao principal fator causador de cáries, contudo este reconhecimento não se constitui em estímulo suficiente para a adoção de cuidados com a saúde bucal dos filhos demonstrando que não existe, necessariamente, uma reação de continuidade entre informação e ação.

Podemos perceber, da mesma forma, que o conhecimento sobre a relação entre doces e cáries dentárias não parece ser suficiente para demandar um comportamento preventivo ou até restritivo ao consumo destes alimentos.

Este comportamento enfatiza que a simples informação sobre um determinado assunto não é determinante para uma mudança no comportamento, ou seja, é necessário estimular os pais a adotarem a conduta desejada e não só transmitir a informação sobre como deveriam cuidar da saúde bucal dos filhos.

Em relação aos fatores etiológicos da cárie dentária, o conhecimento dos pais aparece associado ao discurso odontológico sobre as medidas de prevenção preconizadas para a doença. Assim, de acordo com Abreu et al., 2005 verificou-se maior referência à influência da má higiene bucal e do consumo do açúcar relacionando o uso dos carboidratos como os alimentos mais baratos e acessíveis à população.

Além disso, há o forte apelo das campanhas publicitárias que impulsionam o consumo de guloseimas estabelecendo uma associação entre doces e a satisfação de necessidades de prazer e afeto ou de compensação às frustrações. (ABREU et al., 2005).

No tema que questiona quem fez orientações sobre a saúde bucal dos escolares surgiram os subtemas dentistas, lembrados em 17 falas, unidade de saúde mencionada 4 vezes, o ambiente escolar citado por 5 vezes e, inclusive, o trabalho das agentes de saúde apareceu em 1 questionário.

A associação entre transmissão de conhecimento para os pais sobre saúde bucal dos filhos foi maior com o próprio profissional odontólogo da UBS que, inclusive frequenta o ambiente escolar com o objetivo de evidenciar sua disponibilidade não só para com os alunos, mas também para com os professores e pais de alunos buscando, dessa forma, disseminar conhecimentos e saberes de sua profissão.

Contudo qualquer profissional da unidade de saúde está apto orientar e motivar a busca pela saúde bucal inclusive em outros ambientes como a escola e os diferentes grupos que compõe a comunidade assistida.

Em Odontologia, o tema educação está relacionado às áreas de domínio cognitivo, afetivo e psicomotor. A sistemática educativa varia de acordo com o indivíduo ou a população alvo a atingir, bem como com os instrumentos educativos a serem utilizados. É importante haver contato frequente entre os educadores e os educandos para se estabelecer um quadro de confiança mútua e o processo de comunicação acontecer com êxito. (BASTOS et al., 2003).

Os profissionais da saúde têm a responsabilidade de atuar na prevenção de doenças, minimizando riscos e promovendo condições favoráveis para que se torne possível alcançar e manter a saúde bucal. (BARDAL et al., 2011).

Por outro lado, os pacientes também precisam ser conscientizados sobre o seu papel nos cuidados com a saúde, sendo que um dos mais comuns desafios na prevenção em saúde bucal é o controle de placa dentária e, conseqüentemente, o controle da cárie dentária e da inflamação gengival. Métodos mecânicos como a utilização de escova dentária e fio dental, quando aplicados de forma eficiente, conseguem promover um correto controle de placa. (BARDAL et al., 2011).

O cirurgião-dentista e sua equipe exercem um papel fundamental na orientação e motivação dos pacientes para que a correta higienização bucal possa ser realizada de maneira frequente e eficaz. (BARDAL et al., 2011).

CONCLUSÃO

Podemos entender, a partir da análise do presente trabalho, que a influência do profissional de Odontologia da ESF (Estratégia de Saúde da Família) na comunidade escolar estudada foi decisiva na percepção e entendimento da doença cárie, com o objetivo de elucidar o processo que envolve a instalação da doença cárie e seu curso, direcionando, incentivando e encaminhando essa população para o atendimento odontológico em unidade de saúde, quando houvesse a necessidade de procedimentos técnicos específicos curativos para o restabelecimento de uma situação de saúde bucal.

Observamos, da mesma forma, que as práticas preventivas e educativas desenvolvidas no ambiente escolar pelo cirurgião-dentista contribuíram, sobremaneira, para o alcance e compreensão do processo saúde-doença em odontologia de forma a permitir, a partir do conhecimento, a construção do autocuidado.

A definição dos métodos de aplicação dos programas educativos voltados para os escolares não podem ser apenas de caráter descritivo, mas antes, estimulantes para uma mudança efetiva de comportamento. Contudo, é preciso ressaltar que a participação dos pais ou responsáveis, enquanto educadores, é determinante neste processo, desde que, estejam propensos a adotar um comportamento saudável.

Da mesma forma a participação do profissional de Odontologia, atuante na Estratégia de Saúde da Família, é indispensável enquanto responsável direto pela organização dos serviços prestados e, conseqüentemente, pela qualidade em saúde bucal da comunidade assistida.

Nesse momento uma das formas de buscar uma aproximação com os pais pode acontecer durante as visitas domiciliares realizadas pelo profissional de odontologia.

A visita domiciliar poderia ser mais utilizada a fim de conhecer o ambiente de vida das famílias, hábitos e condições de moradia, servindo de instrumento auxiliar no planejamento das ações. Sabe-se que essa atividade é prioritária do agente de saúde, mas é importante aproximação da realidade das pessoas na prática e não só por intermédio de outros profissionais. No entanto, existem dificuldades nesse âmbito, haja vista a grande quantidade de tempo voltada para o

atendimento clínico por causa da demanda existente. (ALMEIDA e FERREIRA, 2008).

Nesse aspecto salientamos que é possível uma organização do tempo destinado ao trabalho pelo profissional que permita instituir um momento para o atendimento odontológico em consultório da unidade de saúde e, da mesma forma, um período para os trabalhos destinados á educação, sem prejuízo para ambos.

Na construção de um modelo de atenção a saúde cabe ao profissional conseguir estabelecer um laço estreito com a comunidade, respeitar seus conhecimentos empíricos, observar a situação socioeconômica e cultural dos indivíduos com o derradeiro objetivo de planejar os programas de saúde na área da odontologia que sejam pertinentes a essa realidade encontrada.

REFERÊNCIAS

ABREU, MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência & Saúde Coletiva** 2005; 10(1): 245-59.

AERTS, Denise, ABEGG, Cláides, CESA, Kátia. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde, **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1): 131-138, 2004.

ALMEIDA, Gilmara Celli Maia de, FERREIRA, Maria Ângela Fernandes **Cad, Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9): 2131-2140, set, 2008.

BARBOSA, Aldenísia Alves Albuquerque, BRITO, Ewerton William Gomes, COSTA, Íris do Céu Clara. Saúde bucal no psf, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município, **Cienc Odontol Bras** 2007 jul./set.;10(3):53-60

BARDAL, Priscila Ariede Petinuci, OLYMPIO, Kelly, BASTOS, José Roberto, HENRIQUES, José Fernandes, buzalaf, Marília. Educação e motivação em saúde bucal;prevenindo doenças e promovendo saúde em pacientes sob tratamento ortodôntico.**Dental Press J.Orthod**. [online].2011, vol.16,n.3.pp.95-102.ISSN 2176-9451.

BASTOS JRM, SALES-PERES SHC, Ramires I. Educação para a saúde. In: Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: **Artmed**; 2003. p.117-39.

BIAZEVIC, M. G. H.; ARAÚJO, M. E; MICHELCROSATO, E. Indicadores de qualidade de vida relacionados com a saúde bucal: revisão sistemática. **UFES Revista de Odontologia**, Vitória, v. 4, n. 2, p. 13-25, 2002.

BIJELLA, MFTB. A importância da educação em saúde bucal nos programas preventivos para crianças. **J Bras Odontoped Odontol Bebê** 1999; 2(6): 127-31.

BRASIL. **Conferência Nacional de Saúde Bucal, Relatório Final**. Brasília: Comitê Executivo da IICNSB; 1993. 28p

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília: CONASS, 2003.604 p.ISBN 85-8954501-6.

BRASIL, Sistema Único de Saúde (SUS). **Princípios e Conquistas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva** – Brasília: Ministério Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, 28 de dezembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da população brasileira. Brasília, 2004. (DA ANÁLISE QUALITATIVA)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção A Saúde.Coordenação Nacional de Saúde Bucal.Diretrizes da política nacional de saúde bucal.Brasília,2004^a.16p.

CARCERETI DL. Estudo prospectivo sobre a gestão de competências na área de odontologia no contexto do Sistema Único de Saúde/SUS, no Estado de Santa Catarina [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

CORBACHO, CMM, SOUZA FA, ROCHA MCBS, CANGUSSU MCT, ALVES,AAN. Percepção da saúde bucal- Uma análise de famílias participantes do programa de saúde, Salvador-BA. **Rev Fac Odontol UFBA** 2001; 22:6-11.

FACCIN, Deniz, SEBOLD, Rafael, CARCERETI, Daniela Lemos. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade, **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1): 1643-1652, 2010.

GONÇALVES, Eida Maria Borges, OLIVEIRA, Adauto Emmerich. O processo de trabalho do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família: uma contribuição à construção do SUS, **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** 2009; 11(3): 44-51.

HARADA J. **Introdução. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Escola Promotora de Saúde.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2003.

LACERDA, JT, SIMIONATO EM, PERES KG, PERES MA, TRAEBERT J, MARCENES W. Dental pain as the reason for visiting a dentist in a Brazilian adult population. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:453-8.

LEOPARDI, M. T. Alguns aspectos da pesquisa qualitativa. In: **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria, RS: Pallotti, 2002. 294 p.

MACFARLANE,T, BLINKHORN A, DAVIES R, KINCEY J,WORTHINGTON H. Predictors of outcome for orofacial pain in the general population: a four-year follow-up study. **J Dent Res** 2004; 83:712-7.

MACIEL, Ethel Leonor Noia ,OLIVEIRA,Carla Braga,FRECHIANI,Janaína Menezes,SALES,Carolina Maia Martins,BROTTO,Léia Damasceno de Aguiar,ARAÚJO,Maristela Dalbello,Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo 391 **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(2):389-396, 2010.

MANOEL, Iolanda Romelli Lima. **Caderno Pedagógico:Criciúma**.Itajaí:Ed.Maria do Cais,2008.171p.:il.

MASTRANTONIO, SS, GARCIA, PPNS. Programas educativos em saúde bucal: revisão da literatura. **J Bras Odontoped Odontol Bebê** 2002; 5(25): 215-22.

MATTA, C, Gustavo. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: OLIVEIRA, G, Roberta (org). **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009. CD-ROW.

MINAYO, M. C. de S **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26^a. ed.Petrópolis: Vozes, 2007. 108 p. (Coleção temas sociais) ISBN 978-85-326-1145-1.

PAULETTO, ARC, PEREIRA MLT, CYRINO EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2004; 9(1): 121-30.

PINHEIRO, Filomena Maria da Costa, NÓBREGA-THERRIEN, Silvia Maria, ALMEIDA, Maria Eneide Leitão, ALMEIDA, Maria Irismar de. A formação do cirurgião-dentista e a promoção de saúde no PSF. **Revista de Odontologia da UNESP**, 2008; 37(1): 69-77.

PINTO, VG Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Kriger L. Promoção de saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1999, p.29-41.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa Social – métodos e técnicas**. SP: Atlas, 1999.

RODRIGUES, Pedro Carvalho. **Bioestatística**. 3 ed Niterói. RJ:EDUFF, 2002. 337p.
 SALVADOR, A. M. **O Conhecimento da comunidade sobre a existência e importância do Conselho Local de Saúde**. Monografia apresentada à Diretoria de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense. 2008

SOUZA, VF, ALCÂNTARA DSM, OLIVEIRA AM, PIRES DM, ROCHA MCBS, CANGUSSU MC et al. Estudo da prevalência da cárie dentária e outras condições de saúde em escolares de 6 a 14 anos de Coutos – Salvador/Bahia. Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA, 1999; 18:19-24.

TAIFOUR, D., FRENCHEN, JE., BEIRUTI, N., VANT HOF MA., VAN PALENTEIN HELDERMAN, WH., Comparison between restorations in the permanent dentition produced by hand and rotary instrumentation-survival after three years. **Community Dent Oral Epidemiol**, 2003; 31(2):122-8.

VILARINHO, Sílvia Marques Martins et al. Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do programa saúde da família em teresina (PI) **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, v. 22, n. 55, jan./mar. 2007.

WATT, R. G. et al. **Oral health promotion evaluation: time for development. Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 29, p. 161-166, 2001.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Estamos realizando um projeto de pesquisa para Monografia do curso de Residência Multiprofissional de Atenção Básica-Saúde da Família para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, intitula **CARACTERIZAÇÃO DA ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA EM UMA COMUNIDADE ESCOLAR NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA-SC**. O (a) Sr (a)----- foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos **identificar a influência do cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família na comunidade escolar com crianças em idade de 7 a 11 anos, do ensino fundamental em uma escola de Criciúma – SC**. Embora o (a) Sr (a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantido que o (a) Sr (a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro o (a) Sr (a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao Sr (a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que o (a) Sr (a) poderá solicitar informações durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza ainda a gravação da voz na oportunidade da entrevista. **A atividade será desenvolvida pela residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNESC, Simone de Oliveira (91056578) orientado pelo professor Renan Antonio Ceretta (fone: 96145237). O telefone do Comitê de Ética é 3431.2723.**

Criciúma (SC) ____de____de 2012.

Assinatura dos Pais ou Responsável

APÊNDICE B: Questionário Semi-Estruturado

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

Caracterização da Atuação do Cirurgião Dentista em uma Comunidade Escolar

1- Caracterização do (a) aluno (a) e pai/responsável:

a) _____ Nome _____ (completo)

pai/resp. _____.

b) _____ Nome _____ (completo) _____ do _____ (a) _____ aluno

(a): _____

c) Faixa Etária (idade) do pai/responsável:

() 15 a 20 anos () 41 a 50 anos

() 21 a 30 anos () acima de 50 anos

() 31 a 40 anos

d) Grau de Instrução do pai/responsável:

() Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Superior Incompleto

() Ensino Fundamental Completo () Ensino Superior Completo

() Ensino Médio Incompleto () Sem Educação Formal

() Ensino Médio Completo

e) Renda Mensal do pai/responsável

() 0-1 Salário- Mínimo () 3-5 Salários-Mínimos

() 1-3 Salários-Mínimos () + 5 Salários-Mínimos

f) Quantas vezes os pais/responsáveis escovam os dentes diariamente?

() 1x () 2x () 3x () Outro _____

g) Os pais/resp. utilizam fio dental na sua higiene oral?

() Sim () Não () Às vezes

2-O Sr (a) já recebeu orientação sobre a saúde bucal do seu filho (a)?

() Sim De quem?-----

() Não

3-Os pais/resp. auxiliam na higiene oral dos filhos?

() Sim () Não () Às vezes

4-Seu filho (a) já consultou com o dentista na unidade de saúde?

() Sim () Não

5-Se a resposta anterior for SIM, responda: Qual o motivo da consulta?

() Dor ou urgência

- ☐ Encaminhado por alguém (Escola, dentista, médico).
☐ Vai regularmente para revisão semestral/anual

5-O tratamento iniciado foi concluído até o final?

- ☐ Sim ☐ Não

6- O Sr (a) percebeu alguma melhora nos hábitos de higiene bucal do seu filho (a) após a visita do dentista à escola?

- ☐ Sim ☐ Não

7- Seu filho (a) recebeu um kit odontológico (material para higiene bucal contendo escova, fio dental e creme dental) na escola, durante atividades realizadas pelo dentista da unidade de saúde?

- ☐ Sim ☐ Não

8-O Sr (a) sabe quais são os problemas bucais que seu filho pode apresentar?

9-O Sr (a) sabe qual o principal fator causador da cárie dentária?

10-O Sr (a) recebeu a visita domiciliar de algum dentista para orientações de higiene oral?

- ☐ Sim ☐ Não

ANEXO

ANEXO 1: Ficha Clínica Odontológica



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
SECRETARIA DO SISTEMA DE SAÚDE
DIVISÃO ODONTOLÓGICA

FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Data ____/____/____

Nº Prontuário: _____

Nome _____

Data de Nasc.: ____/____/____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____

Unidade: _____ Responsável: _____

Filiação: _____

Doença: () Cardiopatia () Diabetes () Hepatite () AIDS () Hipertensão () Problema Renal
() Gastrite () Úlcera () Hemofilia () Hemorragias () Gravidez

Uso de Medicação: _____

Alergias: () _____ Doenças Infantis: _____

Outros () _____

Assinatura: _____

EXAME CLÍNICO

ESCOLA: _____		TURMA: _____		DATA ____/____/____	
1º EXAME	DIREITO	ESQUERDO	ASSINATURA E CARIMBO		
	18 17 16 15 14 13 12 11 □ □ □ □ □ □ □ □	21 22 23 24 25 26 27 28 □ □ □ □ □ □ □ □			
	55 54 53 52 51 85 84 83 82 81 □ □ □ □ □ □	61 62 63 64 65 71 72 73 74 75 □ □ □ □ □ □			
	48 47 46 45 44 43 42 41 □ □ □ □ □ □ □ □	31 32 33 34 35 36 37 38 □ □ □ □ □ □ □ □			

ESCOLA: _____		TURMA: _____		DATA ____/____/____	
2º EXAME	DIREITO	ESQUERDO	ASSINATURA E CARIMBO		
	18 17 16 15 14 13 12 11 □ □ □ □ □ □ □ □	21 22 23 24 25 26 27 28 □ □ □ □ □ □ □ □			
	55 54 53 52 51 85 84 83 82 81 □ □ □ □ □ □	61 62 63 64 65 71 72 73 74 75 □ □ □ □ □ □			
	48 47 46 45 44 43 42 41 □ □ □ □ □ □ □ □	31 32 33 34 35 36 37 38 □ □ □ □ □ □ □ □			

ESCOLA: _____		TURMA: _____		DATA ____/____/____	
3º EXAME	DIREITO	ESQUERDO	ASSINATURA E CARIMBO		
	18 17 16 15 14 13 12 11 □ □ □ □ □ □ □ □	21 22 23 24 25 26 27 28 □ □ □ □ □ □ □ □			
	55 54 53 52 51 85 84 83 82 81 □ □ □ □ □ □	61 62 63 64 65 71 72 73 74 75 □ □ □ □ □ □			
	48 47 46 45 44 43 42 41 □ □ □ □ □ □ □ □	31 32 33 34 35 36 37 38 □ □ □ □ □ □ □ □			